

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ОСУЖДЕННЫХ ДО И ПОСЛЕ ТЕСТА НА ВИЧ**

*ГУФСИН по Свердловской области,  
Уральский государственный университет им. А.М. Горького,  
г. Екатеринбург*

В последние годы, в связи с большими темпами роста наркомании, в пенитенциарных учреждениях резко возросло количество ВИЧ-инфицированных осужденных. Поэтому в стенах каждого исправительного учреждения таится серьезная опасность распространения ВИЧ-инфекции.

Одной из главных мер профилактики является предоставление осужденным права добровольного прохождения тестирования на ВИЧ. Согласно рекомендациям ВОЗ по ВИЧ-инфекции и СПИДу в тюрьмах, «добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию, а также соответствующие до и послетестовые консультации должны быть доступны в тюрьмах в той же мере, что и в обществе в целом. Добровольное тестирование следует проводить только с осознанного согласия заключенного. При сообщении заключенным результата теста и впоследствии необходимо оказывать им поддержку» [3, с. 277].

В данном контексте необходимо сказать о том, что по прибытии в исправительное учреждение каждый осужденный проходит обязательное полное медицинское обследование, в том числе и тестирование на ВИЧ. Однако такой подход не способен в полной мере обеспечить выявление всех ВИЧ-инфицированных осужденных и, как следствие, полноценную профилактику, даже при наличии закона о раздельном содержании здоровых и инфицированных осужденных. Причин этого может быть несколько.

1. Подозреваемые и обвиняемые, в отношении которых была избрана мера пресечения в виде заключения под стражу, прибыв в следственный изолятор, проходят тест на ВИЧ. Фактически тестирование проводится до того момента, когда человек попадает в ситуацию повышенного риска заражения. Ситуация может осложняться тем, что следствие бывает непродолжительным по времени, а заключенный может заразиться за несколько дней до его этапирования в исправительное учреждение, в результате чего медицинская служба этого исправительного учреждения сделает вывод об отрицательном ВИЧ-статусе этого осужденного, поскольку инкубационный период к моменту тестирования не завершится.

2. Более сложной является ситуация, когда в отношении подозреваемого или обвиняемого избирается мера пресечения в виде подписки о невыезде, и осужденный прибывает в исправительное учреждение практически из зала суда. Если в предыдущей ситуации, зная сроки пребывания человека в следственном изоляторе, сотрудники медицинской службы, хотя и приблизительно, но могут вычислить временные рамки инкубационного периода и провести повторное тестирование, то в данном случае это невозможно. В таких случаях обязательный анализ на ВИЧ по прибытии в исправительное учреждение оправдывает себя, только если осужденный длительное время является носителем ВИЧ-инфекции.

3. Внешним источником ВИЧ-инфекции могут быть контакты осужденного на длительных свиданиях. Проблема заключается в том, что любой человек, посещающий осужденного на длительном свидании, не обязан предоставлять администрации исправительного учреждения заключение о своем ВИЧ-статусе. Вследствие этого, данный источник остается бесконтрольным, поскольку регулярное обследование «ВИЧ-отрицательных» осужденных не предусмотрено законом.

Основываясь на описанных выше ситуациях, можно сделать вывод о неоправданности принудительного тестирования на ВИЧ вновь прибывающих осужденных, что имеет особую значимость для целей профилактики. Следовательно, в исправительных учреждениях должны быть созданы такие условия, когда осужденный сам заинтересован в определении своего ВИЧ-статуса, чтобы он мог преодолеть возможные предубеждения при обращении к консультанту. Так, К.Роджерс полагал: «Человек обращается за помощью. Очевидно, это один из самых важных этапов терапевтического процесса» [5, с. 38]. Эта цель может быть достигнута в рамках просветительской работы, осуществляемой сотрудниками исправительного учреждения.

1. Разъяснение того, что при современном уровне развития медицины человек, живущий с ВИЧ, может быть полноценным членом общества.

2. Довести до осужденных требования статьи 122 УК РФ, предусматривающей уголовное наказание на срок до пяти лет за преднамеренное заражение другого лица ВИЧ-инфекцией [1, с. 78].

3. Доказать осужденным, что, даже если один из супругов ВИЧ-положительный, высока вероятность рождения здорового ребенка. Параллельно с этим, в рамках тренинговых занятий, сделать акцент на формировании таких ценностей, как «семья» и «ответственность за членов своей семьи».

На этапе, когда у осужденных сформируется доверительное отношение к сотрудникам психологической и медицинской служб

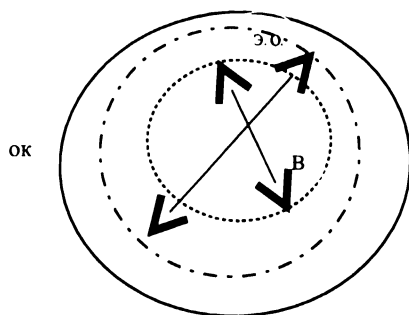
исправительного учреждения, можно перейти к индивидуальному консультированию. Разумеется, консультирование до и после теста на ВИЧ можно проводить и без предварительной просветительской работы, но в таких случаях, как показывает практика, количество желающих пройти тестирование на ВИЧ значительно ниже. С другой стороны, нельзя рассматривать просветительскую работу и тестирование как последовательные этапы, поскольку, во-первых, происходит постоянное обновление спецконтингента, и, во-вторых, каждому осужденному требуется различный объем информации для принятия решения о целесообразности добровольного прохождения теста на ВИЧ. Возможно также, что осужденный сможет принять окончательное решение только в ходе предтестового консультирования, потому важно очертить круг проблем, которые нужно обсудить в ходе консультации.

Специалисты Европейского бюро ВОЗ считают, что в предтестовое консультирование должны быть включены следующие положения:

- 1) оценка риска заключенного в отношении заражения ВИЧ;
- 2) оценка периода окна;
- 3) предоставление информации о ВИЧ-инфекции, поведенческих рисках и способах избежания или снижения риска;
- 4) обсуждение положительных и отрицательных аспектов тестирования для того, чтобы у заключенного была возможность взвесить все «за» и «против» в контексте своей конкретной ситуации;
- 5) в случае, если заключенный решит пройти тестирование, то назначить время прохождения теста и последующего консультирования [3, с. 75].

Для повышения эффективности консультирования пункты с первого по третий целесообразно рассмотреть детально в рамках просветительской работы, чтобы уже в ходе консультации осужденный мог более адекватно оценивать вероятность как положительного, так и отрицательного результатов тестирования. Четвертый пункт приведенного перечня является, с нашей точки зрения, основным в процедуре консультирования, так как на этом этапе осужденный принимает решение проходить или не проходить тестирование. С целью более подробного рассмотрения процесса принятия решения обратимся к схемам, раскрывающим механизм этого феномена.

Первая схема, на которой нужно остановиться — это схема эмоционально-волевой регуляции выбора мотива деятельности (см. рис. 1), поскольку консультанту необходимо не только выявить систему побуждений осужденного к решению вопроса о выявлении своего ВИЧ-статуса, но и сформировать адекватную систему мотивации к прохождению тестирования.



*Рис. 1. Эмоционально-волевая регуляция выбора мотива*

Условные обозначения: 1) Окружность «ОК» (общий кругозор) ограничивает область знаний конкретного человека, то есть те атомарные факты, которые находятся внутри окружности, известны человеку, а те, что за ее пределами, неизвестны; 2) Диаметр «Э.О.» (эмоциональная оценка) включает в себе число атомарных фактов, потенциально пригодных для удовлетворения потребностей и удовлетворяющих критерию эмоциональной привлекательности; 3) Диаметр «В» (воля) — это широта охвата волевого контроля, сдерживающего расширение параметра «Э.О.».

Диссонанс между параметрами «В» и «Э.О.» представляет собой сдерживающий фактор (волевой контроль), который не дает человеку использовать в своих целях любой объект окружающей действительности, соответствующий критерию эмоциональной привлекательности, так как «контроль может осуществляться как за окружающей средой, так и за собственными возможностями и состоянием. Неотъемлемой частью самоконтроля является отслеживание своих эмоций, с целью блокирования негативных последствий» [7, с. 75]. При «перевесе» в сторону «Э.О.» появляется почва для совершения преступлений (кражи, изнасилования и т. п.), а при смещении в сторону «В» создаются предпосылки для аскетического образа жизни и проявления таких качеств как альтруизм и преданность своим убеждениям.

Опираясь на принципы функционирования механизма выбора мотива, консультант может объяснить следующие моменты:

1. Страх перед неизвестностью, перед последствиями заражения ВИЧ-инфекцией, в данном случае сглаживается получение анализов исчерпывающей информацией не только о способах заражения ВИЧ и происходящих в результате изменениях в организме, но и (что значительно важнее) о возможностях терапии, о том, что продолжительность и качество жизни при этом не сни-

жаются (в качестве примера желательно приводить знаменитых людей или рассказать, например, о конкурсах красоты, проводимых среди людей, живущих с ВИЧ, и т. п.).

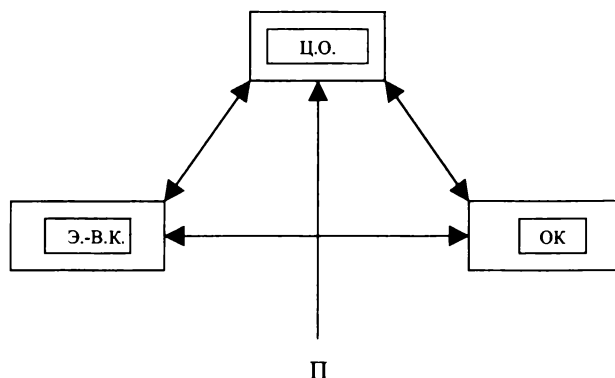
2. Степень ответственности перед близкими людьми. Выяснить у осужденного есть ли у него семья: родители, жена, дети; задать вопрос об осознании им возможности непреднамеренного заражения близких родственников. В данном контексте консультант должен объяснить осужденному, на доступном для него языке, что понятие ответственности ни в коем случае не должно находиться за пределами сферы внимания (применительно к схеме за пределами окружности развития общего кругозора), а должно присутствовать в поле волевого контроля (внутри соответствующей окружности). Иными словами, решение о прохождении теста на ВИЧ должно быть волевым, то есть оно должно быть принято и реализовано вопреки сиюминутным эмоциональным порывам (страхам, лени и т.п.) и эгоистическим тенденциям.

3. Общий принцип выбора мотива. Объяснить осужденному, что его решение о прохождении теста на ВИЧ будет адекватным настолько, насколько большее количество факторов он сможет при этом учесть. Например, в качестве домашнего задания осужденный может попытаться составить максимально объемный перечень факторов, которые, по его мнению, стоит рассматривать, а на очередной сессии обсудить их с консультантом.

Таким образом, если осужденный принял к сведению, что современный уровень развития медицины позволяет людям, живущим с ВИЧ, быть полноценными членами общества и при условии соблюдения некоторых правил поведения быть спокойными за безопасность своих близких, то консультанту следует перейти к формированию мотивации предполагаемой деятельности по выяснению ВИЧ-статуса осужденного. Такой промежуточный этап позволит осужденному более адекватно воспринять результат тестирования, так как отрицательный результат может привести к потере бдительности и, следовательно, увеличению вероятности заражения, а положительный результат может обернуться попыткой суицида или глубокой депрессией.

С этой целью обратимся к разработанной нами динамической модели принятия решения (см. рис. 2), которая позволяет рассмотреть механизм интеграции мотивации в целостный процесс принятия решения. Как известно, человек может делать выбор только из имеющегося количества вариантов или же, что наиболее важно, из альтернатив, попадающих в его поле зрения, обусловленное общим развитием кругозора. Другой важный момент: субъект может знать о существовании некой идеи, осознать ее актуальность в сложившейся ситуации, но задать себе вопрос:

«Насколько это для меня важно?» В таком случае на первый план выходит степень ценности идеи, степень ее субъективной полезности. Следующий элемент — это блок эмоционально-волевого контроля, подробно его функционирование описано выше. И последнее, что мы решили включить в предлагаемую нами модель — это потребность как изначальный импульс, приводящий в движение всю систему, поскольку «в основе мотивации лежит какой-либо вид энергии» [6, с. 112].



**Рис. 2. Динамическая модель принятия решения**

Условные обозначения: 1) П — потребность, 2) ОК — общий кругозор,  
3) Э.-В.К. — эмоционально-волевой контроль,  
4) Ц.О. — система ценностных ориентаций

Отправным пунктом в действии модели и одновременно источником энергии, запускающим в действие весь механизм, является потребностный импульс, то есть момент, когда потребность приобретает свою актуальность, когда индивид ощущает определенный дискомфорт и возникающие параллельно с этим негативные эмоции. На схеме стрелкой указано направление движения потребностного импульса, и первое, с чем он сталкивается — это двунаправленный вектор, соединяющий блок эмоционально-волевого контроля и блок общего кругозора, который представляет собой противоборство этих двух факторов. Сущность механизма этого диссонанса раскрыта выше (см. рис. 1). Результатом этого этапа является выбор мотива деятельности, после чего этот результат фиксируется либо отклоняется в блоке ценностных ориентаций.

Из приведенной схемы видно, что ценностные ориентации, являясь регулянтom процесса принятия решения, подвергаются

влиянию нижестоящих блоков (мотивационной составляющей) и в ходе этого взаимодействия формируется стереотип поведения. Здесь консультант должен пояснить осужденному, что в зависимости от результатов теста определенным образом нужно будет пересмотреть свои поведенческие стереотипы. Отличительная черта данного этапа заключается в том, что осужденному уже не просто демонстрируются факторы, которые желательно учитывать в процессе принятия решения о целесообразности прохождения теста на ВИЧ, а эти факторы необходимо организовать в иерархическую структуру, что создаст почву для терапии (если она в дальнейшем потребуется). Вариант такой иерархии был разработан нами на основе результатов диагностики системы ценностных ориентаций у молодых людей в возрасте от 14 до 32 лет в разных социальных группах, при этом также учитывались некоторые нормы и традиции уголовной субкультуры.

1. Жизнь ценна сама по себе и не случайно все религии мира осуждают самоубийство;

2. Здоровье и здоровый образ жизни позволяют человеку вести полноценную жизнь до преклонного возраста;

3. Счастливая семья — это та сфера межличностных отношений, где человека всегда принимают таким, какой он есть;

4. Труд позволяет человеку реализовать свой потенциал, добиться признания и уважения в обществе, а также обеспечить материальное благополучие своей семьи.

Следующий шаг — это обсуждение с клиентом данной иерархии (как известно, проговаривание способствует запоминанию), в ходе которого консультант выясняет отношение осужденного к перечисленным ценностным категориям и выявляет специфику их восприятия и интерпретации. Это будет способствовать более эффективной реализации терапевтического воздействия в случае возможного проявления деструктивных реакций на сообщение положительного результата теста.

Итогом предтестового консультирования должно стать формулирование осужденным своего решения о согласии или несогласии пройти тестирование на наличие антител к ВИЧ, при условии положительного ответа назначается дата сдачи анализа. После того как исправительное учреждение получит результаты анализа, назначается дата и время послетестовой консультации. Сама дата консультации в некоторых случаях имеет немаловажное значение, так как если осужденному сообщается о его положительном ВИЧ-статусе накануне выходных дней, то резко увеличивается вероятность оставить незамеченной попытку суицида, так как в выходные дни большая часть сотрудников отсутствует, в результате чего ослабевает надзор за осужденными.

Итак, послетестовое консультирование, по мнению Европейского бюро ВОЗ, должно включать:

1. «сообщение результата теста;
2. оценку понимания результата теста заключенным;
3. оценку необходимости в последующем врачебном наблюдении и уходе;
4. обсуждение важности поведения, направленного на снижение риска заражения, вне зависимости от результата теста» [3, с. 73].

Ключевыми аспектами послетестового консультирования, по мнению авторов, являются первые два пункта, то есть сообщение результата теста и оценка его адекватного понимания, по следующим причинам:

1. В момент сообщения осужденному результата теста важно уметь отследить и правильно оценить его первичную реакцию.

2. Оценка понимания осужденным результата теста может подразумевать не только степень принятия результата, но и некоторые значимые изменения в мировоззрении и самоотношении осужденного. Этот этап можно назвать индикатором, который определяет необходимость терапевтического воздействия.

После сообщения результата консультант поясняет, что основным способом снижения риска заражения (себя или ближайшего окружения, в зависимости от результатов теста) может быть изменение поведенческих стереотипов. Обсуждение с клиентом важности таких изменений непосредственным образом связано с изучением и формированием мотивации в ходе предтестового консультирования. Повторное обращение к приведенной выше ценностной иерархии, во-первых, укрепляет систему ассоциативных связей осужденного, а, во-вторых, на данном этапе акцент делается на субъективной значимости этих категорий. Другими словами, осужденному нужно объяснить, что эти ценностные категории, в ходе его борьбы с ВИЧ-инфекцией, могут стать для него не только жизненными приоритетами, но и источником энергии.

По мнению А. Бека: «Широкий диапазон проблем пациента может быть отнесен к одному классу, и на эти проблемы могут повлиять изменения в одной или нескольких схемах» [4, с. 24], ниже он поясняет, что «...термины «схемы», «правила» и «основные убеждения» используются более или менее взаимозаменяемо. Более строго, «схемы» — это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение; «убеждения» и «правила» отражают содержание схем и, как следствие этого, определяют содержание мышления, эмоций и поведения» [там же]. В зависимости от того, какой будет реакция осужденного: выскажет ли он свое намерение измениться или же проявит безразличие, строится даль-



нейшее его взаимодействие с консультантом. В случае согласия клиента работать над собой, он совместно с консультантом вырабатывает альтернативные формы поведения, так как А. Бек полагал, что «Дисфункциональные убеждения действуют, потому что они формируют основу для ориентации пациента в действительности. Так как люди полагаются на свои убеждения при интерпретации событий и выборе форм реагирования на эти события, они не могут отказаться от этих убеждений, пока не усвоят новые адаптивные убеждения и стратегии» [4, с. 95].

Относительно третьего этапа послетестового консультирования (согласно списку Европейского бюро ВОЗ), направленного на оценку необходимости последующего врачебного наблюдения, следует сказать, что при современном уровне развития уголовно-исполнительной системы вопрос о включении его в структуру консультации можно назвать спорным. С одной стороны, психолог, не имеющий медицинского образования, не вправе давать рекомендации медицинского характера, так как приказ, регламентирующий деятельность психологической службы в пенитенциарном учреждении, предполагает выполнение трудовых функций строго в рамках своей компетенции, по аналогичным причинам сотрудники медицинской службы не могут заниматься психологическим консультированием. С другой стороны, альтернативой может быть вариант, когда такой вид консультирования осуществляет медицинский психолог, однако количество выпускников данного профиля ограничено, а введение в штат исправительного учреждения соответствующей должности, для решения узкого круга задач, практически невозможно. Таким образом, пути разрешения этой задачи могут быть следующими:

1. Направить сотрудников (психологов и медиков) на переподготовку по соответствующим специальностям;

2. Исключить данный пункт из структуры послетестового консультирования (оценка необходимости во врачебном наблюдении в таком случае может присутствовать лишь в форме вербализации клиентом своего самочувствия), а консультанту, если его роль выполняет психолог, вменить в обязанность только сообщение осужденному, что подробную информацию медицинского характера он может получить у сотрудника медицинской службы.

В качестве заключения нужно сказать, что системы добровольного и принудительного тестирования на ВИЧ не являются взаимоисключающими, а совместно служат целям профилактики и предупреждения распространения ВИЧ-инфекции. Принудительная система тестирования целесообразна в следующих случаях:

1. Если осужденный готовит пакет документов для рассмотрения комиссией администрации исправительного учреждения вопроса о допуске к нему на длительные свидания лиц, не являющихся его близкими родственниками, он обязан сдать анализ на ВИЧ и поставить в известность о его результатах лицо, намеревающееся посещать его на длительных свиданиях, что соответствующим образом должно быть отражено в заявлении этого лица;

2. Согласно требованиям статьи 96 УИК РФ, ВИЧ-инфицированным осужденным не может быть предоставлено право передвижения без конвоя и сопровождения за пределами исправительного учреждения, следовательно, информация о ВИЧ-статусе осужденного приобщается к материалам комиссии.

Добровольное же прохождение тестирования на ВИЧ предпочтительнее для реализации комплекса мероприятий профилактического характера.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Уголовный кодекс Российской Федерации с изменениями и дополнениями на 15 октября 2004 года. Официальный текст и справочные материалы. — М.: ЭКСМО, 2004.

2. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации. Информационный бюллетень от 14.01.2004. — Екатеринбург, «Ажур», 2004.

3. ВИЧ в тюрьмах: практическое пособие / П.Боллини, Ф.Алькабес, Р.Беделл и др.; Под ред. П.Боллини. — ВОЗ, Европейское бюро, 2001.

4. Когнитивная психотерапия расстройств личности / Под ред. А.Бека, А.Фримена. — СПб.: Питер, 2002.

5. *Роджерс К.Р.* Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: монография. Пер. с англ. О.Кондрашовой, Р.Кучкаровой. — М.: ЭКСМО, 2000.

6. *Evans R. I.* On elementary psychology // R. I. Evans, C.G. Jung. — Routledge and Kegan Paul, London, 1979.

7. Risk and decision. Edited by W. T. Singleton and J. Houden. J. Wiley and Sons Ltd., 1987.